UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955. — N° 266

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE RÉTICULOPATHIES PRIMITIVES ISOLÉES DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 23 décembre 1955

PAR

Michel-Jean GEINDRE,

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies.
Interne des Hôpitaux de Bordeaux,
Lauréat de la Faculté de Bordeaux.
Lauréat des Hôpitaux de Bordeaux.

Né à AURILLAC (Cantal), le 29 octobre 1930.

Examinateurs de la Thèse

MM. AUBERTIN, professeur ..... *Président.*
SARIC, professeur .....
BESSIERE, agrégé ..... *Juges.*
VILLAR, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0065

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955. — N° 266

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE RÉTICULOPATHIES PRIMITIVES ISOLÉES DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 23 décembre 1955

PAR

Michel-Jean GEINDRE,

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies.
Interne des Hôpitaux de Bordeaux.
Lauréat de la Faculté de Bordeaux.
Lauréat des Hôpitaux de Bordeaux.

Né à AURILLAC (Cantal), le 29 octobre 1930.

Examinateurs de la Thèse

MM. AUBERTIN, professeur ..... *Président.*
SARIC, professeur .....
BESSIERE, agrégé ..... *Juges.*
VILLAR, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1955

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Cliniqu médicale	N. BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN MASSE
Clinique d'accouchements	M. RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anat. pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie.	MAYER
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIECHAUD
Méd. légale et méd. du travail	DERVILLEE
Electroradiol. et clin. d'électric. médic.	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	J. GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérim.	SARIC
Clinique ophtalmologique	N.
Clin. chirurg. inf. et orthop.	POUYANNE
Clin. méd. et des mal. infect.	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique méd. et pharm.	PIFFAULT
Méd. col. et Clin. des mal. exot.	BONNIN
Clin. des mal. cut. et syphil.	JOULIA
Clin. des mal. des voies urin.	DARGET
Clin. des mal. nerv. et ment.	DELMAS-MARSALET
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérap. et climatol.	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LEGER
Anatomie	RIGAUD CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN LENG-LEVY MORETTI LAVIGNOLLE MARTIN-DUPONT DAVID-CHAUSSE J. RIVIERE
Chirurgie générale	LAUMONIER CHAVANNAZ VILLAR TINGAUD DEPAULIS DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE FAUGERE
Ophtalmologie	BESSIERE CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS M. PORTMANN
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Méd. légale et méd. du travail	L'EPEE
Electro-radiologie	LACHAPELE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE FAUGERE
Puériculture	VERGER PERY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR CHAVANNAZ TINGAUD LAPORTE DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'EPEE
Séméiologie médicale	LAVIGNOLLE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN LEVY MORETTI DAVID-CHAUSSE RIVIERE MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A MES AMIS

A Monsieur le Médecin général de 1re classe TABET

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies.
Spécialiste des Hôpitaux maritimes,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Commandeur de l'Ordre de la Santé publique,
Officier du Mérite maritime.

A Monsieur le Médecin en chef de 1re classe CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies.
Spécialiste des Hôpitaux maritimes,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre 1939-1945.

A NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX :

EXTERNAT

Monsieur le Docteur TESSIER.
Monsieur le Docteur H. POUYANNE.
Monsieur le Professeur LE COULANT.
Monsieur le Professeur BONNIN.

INTERNAT

Monsieur le Docteur MASSIERE.
Monsieur le Docteur M. TRAISSAC.
Monsieur le Professeur AUBERTIN.

Au Docteur BIRABEN

Chef de Travaux pratiques d'Anatomie pathologique à la Faculté.

Avec l'expression de toute notre gratitude pour la contribution considérable qu'il a apportée à notre travail.

Au Docteur L. SARRAT

Ancien Interne des Hôpitaux,
Ancien Chef de clinique à la Faculté.

Qui a su nous conseiller utilement.

A NOS JUGES :

A Monsieur le Docteur J. VILLAR

Agrégé de Chirurgie générale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier d'Académie.

A qui nous devons l'idée de ce travail, et qui n'a cessé de nous prodiguer ses encouragements et ses conseils judicieux.

A Monsieur le Docteur BESSIERE

Agrégé d'Ophtalmologie,
Ophtalmologiste des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Professeur R. SARIC

Professeur de Pathologie générale et expérimentale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur E. AUBERTIN

Professeur de Clinique médicale et des Maladies infectieuses,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre 1914-1918,
Officier de l'Instruction publique,
Chevalier de l'Ordre de la Santé publique.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

La très grande valeur de son enseignement et l'autorité de ses actes laisseront sur nous la plus profonde empreinte.

Puisse-t-il trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE RÉTICULOPATHIES PRIMITIVES ISOLÉES DE L'ESTOMAC

Dans sa thèse de 1942 sur les réticulopathies, Cazal a accordé une très large place à la description de la réticulose histiomonocytaire, qu'il nous présente comme une maladie de système, à localisations multiples et très variables.

Parmi ces localisations, certaines sont fréquentes, en particulier, les localisations ganglionnaires ou spléniques, ou pulmonaires.

D'autres sont beaucoup plus rares, telles les manifestations digestives, et plus particulièrement gastriques. De plus, elles ne constituent en général qu'un symptôme dans le cadre d'une maladie générale d'évolution souvent assez rapide, ou même une découverte d'autopsie.

Or, nous venons d'observer un cas de tumeur gastrique dont l'étude anatomo-pathologique a montré qu'il s'agissait d'une lésion de réticulose du type histiomonocytaire, et d'une lésion absolument isolée.

— Nous avons dans la littérature relevé quelques observations de ce genre, d'ailleurs rares. Nous allons résumer les principaux cas.

— Nous envisagerons en second lieu les difficultés d'interprétation nosologique auxquelles ces types de lésions ont pu donner lieu.

— Nous essaierons enfin de tirer quelques conclusions d'ordre pratique.

Dans le cas qui nous a été donné d'observer, il s'agit d'un malade, M. P..., âgé de 61 ans; il est employé de commerce.

Il a fait la guerre de 1914-1918, où il a été gazé. Depuis, il est sujet tous les hivers à de fréquentes « bronchites », s'accompagnant de toux et expectorations importantes.

C'était jusqu'en 1954 sa seule infirmité.

Dans ses antécédents familiaux, on ne trouve rien de notable. Or, depuis le début de l'été 1954, M. P... a constaté un amaigrissement progressif, avec une certaine anorexie. Malgré les beaux jours, il manque d'entrain, il se sent las.

En janvier 1955, sur ce fond d'amaigrissement et d'asthénie, surviennent des troubles dyspeptiques. Le malade est de plus en plus anorexique, et ses digestions deviennent fort difficiles. Dès le milieu des repas, il a une sensation de pesanteur gastrique, d'« estomac bloqué », dit-il. « Rien ne passait, tout me dégoûtait », affirmait le malade.

Et, au printemps 1955, devant ces troubles qui vont s'aggravant, devant un amaigrissement de 17 kilos en un an, on décide de faire pratiquer une série de radiographies gastriques.

Celles-ci sont d'emblée fort évocatrices. En voici le compte rendu (Docteur Bouyssou) :

Les clichés montrent qu'il s'agit d'un néoplasme de la partie inférieure du corps de l'estomac, dont le développement à la fois infiltrant et bourgeonnant a abouti à la formation d'un étranglement médio-gastrique. La région antrale semble être respectée, tout au moins radiologiquement.

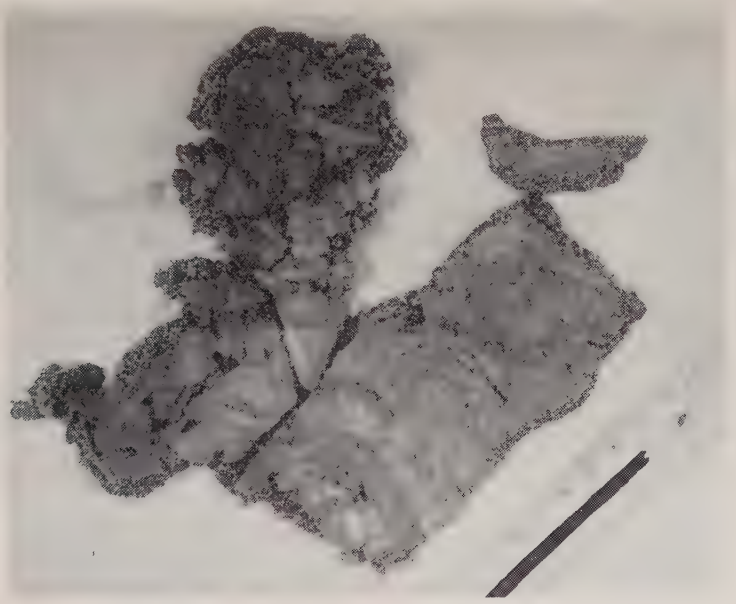
L'exérèse paraît donc techniquement possible.

Le diagnostic de cancer de l'estomac paraît alors solidement établi. On fait une série d'examens complémentaires. Parmi ceux-ci, le B.-W. se montre négatif. La formule numération montre une anémie légère, des globules blancs normaux.

Et l'on intervient le 27 mai 1955 (Prof. agrégé Villar).

Sous anesthésie générale, et après laparotomie, on tombe aussitôt sur la tumeur.

Dans la région de la petite courbure, en effet, on aperçoit une masse blanc grisâtre, assez importante, quoique limitée dans ses parties supérieure et inférieure. Cette masse est



Pièce opératoire.

irrégulière, parsemée de sillons, presque « ficelée ». Elle est très dure à la palpation. Fait important, il n'y a pas d'adhérences, et pas la moindre adénopathie cliniquement décelable.

Le Professeur Villar pratique une gastrectomie subtotale.

A l'ouverture de la pièce opératoire, on a la surprise de trouver une masse, parfaitement limitée, dure, blanchâtre, avec des bords saillants, formant une sorte de plateau non uniforme, atteignant au plus 1 cm de haut.

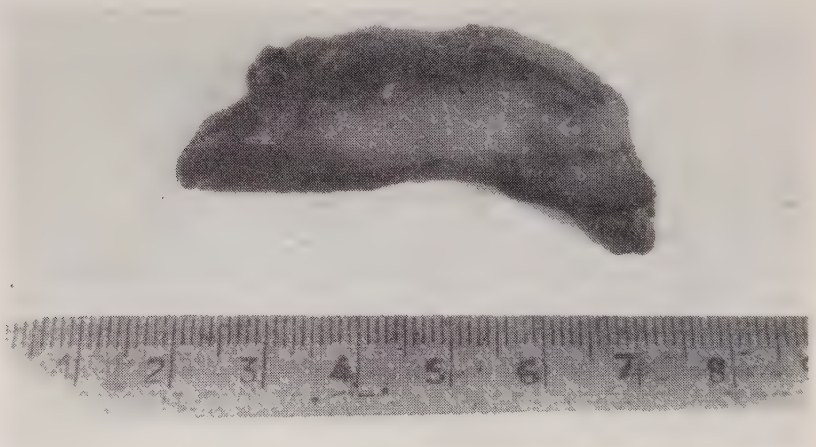
On ne note pas la moindre ulcération macroscopiquement visible. Il n'y a pas de bourgeons. Dès cet instant, on se

rend compte que ce n'est pas là l'aspect classique de l'épithélioma gastrique.

L'examen anatomo-pathologique va confirmer cette impression.

En voisi le compte rendu (Docteur Biraben) :

Des préparations ont été effectuées sous des incidences multiples à partir de la zone pathologique de la pièce.



Aspect de la tumeur, sectionnée transversalement.

Elles nous montrent toutes, avec une intensité plus ou moins grande suivant les points, le même processus lésionnel.

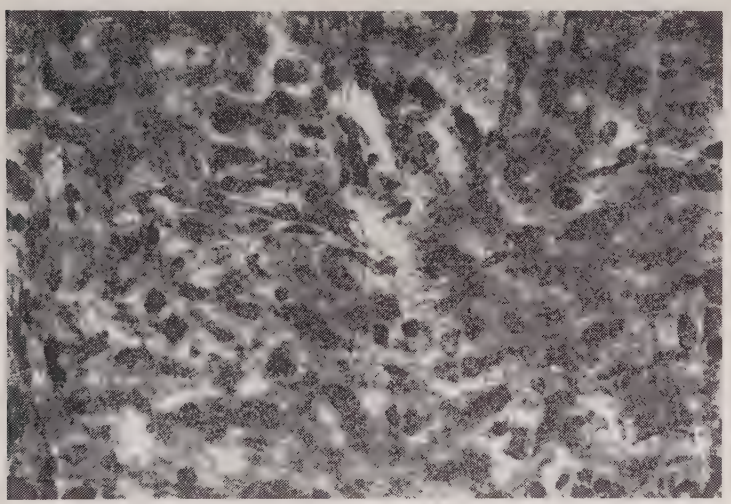
En surface, la muqueuse a subi une abrasion importante, qui ne laisse subsister que la partie la plus profonde des glandes dans un chorion souvent infiltré de nappes hématiques et de cellules réactionnelles polymorphes.

Au sein de la paroi musculaire très modifiée, et étroitement fusionnées avec la sous-muqueuse fibro-conjonctive, se voient des coulées cellulaires disséquantes.

Nulle part, ces coulées ne sont en continuité avec le processus cellulaire réactionnel, inflammatoire, de la muqueuse.

Ces coulées sont formées de multiples cellules assez tassées et qui, tout en étant de natures variées, paraissent relever toutes de la même origine mésenchymateuse.

En effet, sur un fond de cellules jointives pseudo-épithélioma-teuses, à noyaux souvent nucléolés et offrant le type de cellules réticulaires tout à fait indifférenciées, nous voyons d'autres éléments plus irréguliers, paraissant libérés du réticulum présent à ce niveau (parfaitement mis en évidence par la coloration de Wilder).



Aspect de la coupe au faible grossissement.

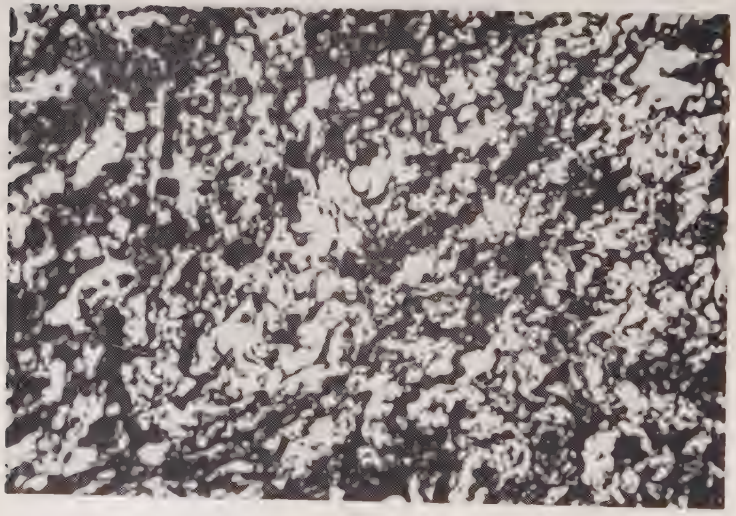
Ces derniers éléments sont de taille variée, avec des noyaux polyédriques ou incisurés, parfois nettement irréguliers, plus ou moins bourgeonnants ou « grimaçants ». Il s'agit d'histioblastes et d'histiocytes présentant fréquemment des anomalies.

Il faut noter en outre la présence rare de quelques cellules rondes de type lymphocytaire et de quelques éléments en raquette, à noyaux polaires, qui sont des plasmocytes typiques.

En conclusion, l'aspect d'une telle pullulation cellulaire d'éléments polymorphes, à dominante histiocytaire, avec tous un point de départ réticulaire, et plus ou moins anor-

maux, sans continuité avec les lésions inflammatoires de surface, nous paraît être en faveur d'un processus réticulo-

Aspect de la coupe au fort grossissement.



Coloration de Wilder.

pathique, que l'on peut qualifier de réticulose histiomonocytaire polymorphe.

Les suites opératoires ont été excellentes. Le malade est sorti de clinique le 10 juin. Le 30 juin, on note cependant une embolie pulmonaire sans conséquences graves.

Au mois d'octobre, le malade a repris 3 kg 500. Il se promène. Sa convalescence se poursuit favorablement. Il mange bien.

Cependant, depuis huit jours, il tousse fréquemment et expectore beaucoup. Ses crachats ne montrent pas de B. K.

Sa formule sanguine montre un taux de globules rouges normal, mais une leucocytose à 20.000 avec des polynucléaires à 71 %.

Une radiographie pulmonaire montre des hiles un peu chargés, un sinus costo-diaphragmatique droit comblé et un sommet droit portant les traces de pleurite ancienne.

Aucune lésion bacillaire n'est décelable, pas plus que l'image d'une localisation pulmonaire de sa réticulose.

Il semble que l'on soit en présence d'une poussée inflammatoire chez un bronchitique chronique. Par ailleurs, on ne note aucun ganglion, aucune lésion cutanée, pas de splénomégalie.

En résumé, il s'agit d'un malade que l'on a gastrectomisé, en partant du diagnostic de cancer de l'estomac, qui s'imposait cliniquement, radiologiquement et même à la laparotomie.

Seule, l'ouverture de la pièce a fait douter de l'authenticité d'un épithélium classique; l'histologie a conclu à une réticulose de type histiomonocytaire gastrique *isolée*; les suites opératoires sont bonnes.

Quatre mois et demi après l'intervention, le malade va bien.

Dans les diverses publications faites jusqu'à ce jour, nous n'avons rencontré que quelques cas susceptibles d'être rapprochés de celui de notre malade.

Cazal, dans sa thèse, cite quelques cas de localisations digestives au cours de la R.H.M. Ce sont, le plus souvent, dit-il, des ulcérations.

Il rapporte les observations :

1° de Nieuhins, Bonne, Klostermeyer;

2° de Haining, Kumball et Janes, en 1935, qui ont décrit une tumeur rectale de nature réticulo-histiocytaire.

3° de Bonnard, en 1929, qui cite le cas d'une gastrectomie pour ulcère au cours de laquelle un ganglion prélevé lors de l'intervention révéla la nature réticulo-histiocytaire de la lésion.

Mais, insiste l'auteur, ces localisations sont rares. De plus, elles surviennent dans le cadre d'une maladie de système.

L'atteinte gastrique n'est qu'un symptôme. C'est souvent d'ailleurs une découverte d'autopsie.

Plus intéressantes, car plus proches du tableau que nous rapportons, sont les observations suivantes :

Dans le *Bulletin algérien de carcinologie* de 1953 (2e trimestre, p. 192-194), P. Guedj, P. Laffargue, Tablot et Quisefit publient un cas de tumeur histiocytaire maligne de l'estomac.

C'est l'histoire d'un malade de 50 ans qui, depuis deux ans, souffre de digestions pénibles et de vomissements. Son état général est relativement bien conservé.

La radiographie, en montrant un estomac hypotonique avec grosse lacune de l'antre, est nettement en faveur d'un cancer gastrique.

L'intervention révèle la présence d'une tumeur de la dimension d'une petite orange dans la région antrale. Elle est intragastrique, soulevant la muqueuse, non ulcérée.

Il n'y a pas de ganglions. On fait une gastrectomie subtotale élargie.

L'examen histologique de la pièce montre une tumeur développée dans la paroi musculaire, bien limitée vers la muqueuse.

Elle est formée par une masse de cellules tassées, considérées comme des histiocytes.

Le cytoplasme est clair, parfois vacuolaire.

Ces cellules sont un peu étalées, comme au pinceau. Certaines ont une limite imprécise.

Les noyaux sont volumineux par rapport au cytoplasme. Ils sont inégaux, irréguliers, avec de gros nucléoles.

Il y a des mitoses atypiques. Certaines cellules présentent des signes de malignité impressionnante, contrastant avec l'encapsulement relatif de la tumeur. On note en plus un certain polymorphisme, avec présence de plasmocytes et de quelques lymphocytes.

Le malade a eu des suites opératoires tout à fait normales; l'alimentation a été reprise dans des délais normaux, les nouvelles récentes de ce malade sont des plus satisfaisantes.

On ne note par ailleurs aucune autre localisation de réticulose.

Dans la *Presse médicale* (23 juin 1948, p. 456), Dubost rapporte un cas de R.H.M. tumorale à localisation gastrique.

C'est une malade de 73 ans qui présente un syndrome clinique de cancer de l'estomac avec état général très altéré et tumeur palpable de l'épigastre. Le diagnostic est confirmé par la radiographie, qui montre un bas-fond gastrique amputé par une vaste image lacunaire. Il n'y avait ni fièvre, ni rate, ni ganglions.

Il fut opéré dans le service du Professeur d'Allaines.

Il s'agissait d'une volumineuse tumeur, mais qui, à l'ouverture de l'estomac, ne manqua pas de frapper le chirurgien.

Cette tumeur, en effet, dessinait une élévation uniforme de la

paroi gastrique, réalisant un plateau d'environ 1 cm de haut, occupant la presque totalité de la circonférence gastrique.

Il n'y avait pas d'ulcération.

L'examen histologique avait fait d'abord penser à une maladie d'Hodgkin, mais l'examen plus approfondi montre qu'il s'agit d'une prolifération cellulaire monomorphe, formée de grandes cellules à cytoplasme clair, plus ou moins bien limité, à noyaux clairs, nucléolés, pauvres en chromatine.

On est donc en présence d'une prolifération réticulaire presque pure (cellules réticulaires et histiocytes).

On notait peu de monstruosités cellulaires. Çà et là, on trouvait quelques lymphocytes et plasmocytes.

La malade, revue cinq mois après l'opération, allait très bien; elle ne souffrait plus, son état général était bon.

Dans la *Semaine des Hôpitaux* (22 février 1949), R. Joyeux, Guibert et Pedoussant, de Montpellier, rapportent aussi un cas de R.H.M. tumorale de l'estomac.

Le malade, âgé de 51 ans, avait consulté pour melæna et anémie. Mais l'état général était resté bon.

Une première radiographie du tractus digestif se révéla entièrement négative.

Ce n'est que deux mois plus tard qu'en position debout, on vit une importante image lacunaire au niveau de l'antre pylorique, sur la grande courbure.

Le malade ne souffrait pas. Son état général était bon, son hémogramme normal.

On décida une intervention et le chirurgien tomba sur une tumeur développée près de la grande courbure, sur la face postérieure de l'estomac, du volume d'une noix, de consistance rénitente. Il n'y avait pas de ganglions.

Les suites opératoires furent bonnes; « un mois plus tard, l'opéré avait gagné 4 kilos; trois mois plus tard, il avait retrouvé son embonpoint et son activité habituelle ».

L'examen anatomo-pathologique montra une tumeur relativement

encapsulée, soulevant la muqueuse gastrique, ulcérée en un tout petit point. Cette tumeur était formée d'une prolifération très active des éléments du système réticulo-histiocytaire. Le cytoplasme était souvent rameux, les cellules plus ou moins anastomosées.

Il n'y avait pas de monstruosités cellulaires.

On observait une xanthélasmisation assez prononcée. Les auteurs font un parallèle entre leur observation et celle de Dubost. Voici, brièvement résumées, leurs conclusions :

Il s'agit de deux tumeurs à même point de départ réticulo-histiocytaire, et à même localisation tout à fait exceptionnelle.

Elles présentent cependant des différences sur le plan clinique et histo-pathologique. L'une évolue cliniquement avec des signes de malignité, altérant profondément l'état général du malade; l'autre laisse un état général relativement conservé.

L'histologie de l'une est beaucoup plus maligne que celle de l'autre. Il s'agit sans doute d'une « maladie de système », mais stristement localisée à l'estomac.

L'exérèse est, dans ces cas, efficace.

Les auteurs préfèrent laisser à la forme diffuse le nom de R.H.M., et donner à cette forme localisée le nom de réticulose ou histiocytose, sans préjuger de l'évolution ultérieure. Nous verrons plus loin ce que l'on peut en penser.

A la Société de Gastro-Entérologie du Littoral méditerranéen, le 8 mars 1953, Monges, Payan et Carcassonne publient un cas de néoformation gastrique à point de départ réticulo-histiocytaire.

C'est un malade jeune, de 36 ans, qui était venu consulter pour une tumeur de l'hypocondre gauche.

La radiographie montra qu'il s'agissait d'une tumeur gastrique (image lacunaire, à bords marécageux, de la grande courbure).

A l'intervention, on trouva une volumineuse tumeur bourgeonnante. L'estomac était uni aux viscères voisins par de nombreuses adhérences.

On réalisa une difficile gastrectomie, type Finsterer.

L'examen histologique de la pièce montra une réaction cellulaire polymorphe, où, à des lymphocytes, des monocytes, des plasmocytes, des fibroblastes, s'associait une intense réaction réticulaire avec des plasmocytes multinucléés.

Sept ans après, le malade est en bonne santé; les auteurs insistent sur les difficultés que l'on éprouve à classer une réticulopathie gastrique, et à formuler un pronostic.

Monsaingeon et Laumonnier, à la Société nationale française de Gastro-Entérologie, à la séance du 8 octobre 1951, rapportent 3 cas de localisation gastrique primitive de réticuloses malignes.

L'un d'eux semble appartenir aux formes gastriques de la maladie d'Hodgkin, encore que l'on ait longtemps hésité avec une R.H.M. En effet, ces deux affections, histologiquement, présentent des cas limites, fort difficiles à trancher. Nous y reviendrons plus loin.

Les deux autres cas, le premier surtout, entrent, par contre, dans le cadre de notre étude.

La première observation relate l'histoire d'un malade opéré avec le diagnostic très vraisemblable de cancer de l'estomac.

L'intervention permet de découvrir une tumeur volumineuse, non fixée, avec grosses adénopathies. La pièce opératoire est constituée par une tumeur infiltrante, avec plusieurs larges ulcérations de surface, reposant sur une base cartonnée diffuse.

Seule, l'histologie permit de faire un diagnostic. On notait une pullulation cellulaire assez uniforme, formée avant tout par des éléments libres, arrondis ou ovalaires, ressemblant à des mononucléaires.

Mais tous ces éléments sont réunis dans une trame réticulaire parfaitement visible, que les imprégnations électives mettent mieux en évidence.

En certains points, les cellules subissent une différenciation de type plasmocytaire.

Dans les ganglions, l'ordination folliculaire est conservée, mais on note une importante hyperplasie réticulaire.

Deux ans après le malade était bien.

On ne notait aucun signe de nouvelle localisation de cette réticulose.

La ponction sternale, la formule sanguine, étaient normales.

Le malade avait repris 12 kilos.

La deuxième observation montre une forme nettement plus évolutive, terminée par la mort, quelques mois après l'intervention.

L'examen anatomo-pathologique a montré, sous une ulcération plane, tapissée par une abondante substance nécrobiotique, une bordure continue de cellules irrégulières, présentant des monstruosités et formant une nappe de faible épaisseur.

En profondeur, des coulées plus ou moins confluentes de cellules arrondies, non différenciées, semblent être des émanations du S.R.H.

Les auteurs ont hésité entre le diagnostic de réticulose histiomonocytaire et celui de réticulosarcome.

Nous emprunterons maintenant trois observations à la thèse de Cornil, de Marseille.

Dans le cas publié par les Docteurs Sermonard et H. Bonneau, il s'agit d'une malade de 67 ans, opérée le 12 janvier 1952, avec comme diagnostic clinique : néoplasme gastrique.

La radiographie avait montré une niche encastrée de l'angulus et un aspect cartonné de la grande courbure. L'intervention a révélé un estomac un peu induré au niveau de la grande courbure dans sa partie moyenne. Il n'y avait pas de ganglion, pas d'aspect de métastase péritonéale.

La pièce opératoire montre : un aspect anormal de la muqueuse, qui est cartonnée, dépolie, indurée, avec par endroits de petites ulcérations.

L'examen histologique montre :

— que la muqueuse normale ne persiste qu'en de rares points;

— que la sous-muqueuse est infiltrée par un processus tumoral ulcéré en surface.

Cette infiltration est constituée par des cellules de la lignée lympho-réticulaire. Ce qui frappe avant tout, c'est le polymorphisme cellulaire, toute l'infiltration étant constituée par une nappe diffuse dans laquelle on trouve, sans aucune ordination systématisée :

— des cellules réticulaires très nombreuses, volumineuses, à noyaux monstrueux, souvent bilobés, d'aspect stenbergoïde, en mitoses fréquentes;

— des plasmocytes, des lymphocytes, des lymphoblastes, des polynucléaires.

Toutes ces cellules sont enserrées dans un fin réseau de réticuline. La coloration élective au muci-carmin ne montre aucune imprégnation de l'infiltration tumorale; seules, les glandes gastriques sont colorées par le muci-carmin.

Ces éléments sont en faveur d'une réticulose maligne de l'estomac, de type réticulo-histiocytaire, avec ulcération de la muqueuse. Le malade est vivant un an après l'intervention.

Dans l'observation des Professeurs Poinso et Dor, il s'agit d'une malade jeune, 36 ans, consultant pour douleurs à type de crampes siégeant sous le rebord costal gauche avec léger fébricule et amaigrissement. On palpe une tumeur dans l'hypocondre gauche. Il n'y a pas de ganglions. Le B.-W. est positif.

La radiographie montre une biloculation gastrique liée à une vaste lacune de la grande courbure à aspect marécageux. La formule sanguine est rigoureusement normale. Pensant à une syphilis gastrique, on pratique alors des injections quotidiennes de cyanure de mercure qui sont suspendues au bout d'une semaine en raison d'une stomatite.

On pratique un tubage gastrique qui montre une hypoacidité avant et après histamine. Le B.-W. devient négatif. Devant la persistance des douleurs et des signes radiologiques, on se décide à intervenir.

La gastrectomie fut très difficile à réaliser, du fait d'adhérences nombreuses.

L'examen anatomique de la pièce révèle une lésion constituée par des nappes cellulaires, étendues, formées essentiellement d'éléments polymorphes où coexistent, à côté de cellules réticulaires à noyaux volumineux, clairs et à gros nucléoles, des plasmodes multinucléés. Il s'y associe des éléments de taille plus petite, de type monocytaire, lymphocytaire et polynucléaire; par place, on trouve des fibroblastes et des fibrocytes en nombre assez important. On note l'absence de mucus par coloration au mucicarmin; l'examen d'une telle image a donné lieu à des interprétations très différentes, on a parlé successivement de réticulome malin avec réaction giganto-cellulaire, de réaction histiocytaire anormale du stroma au cours d'un épithélioma gastrique, et enfin de réticulo-histiocytose.

En tout état de cause, sept ans après gastrectomie, on peut considérer le malade comme guéri.

Dans la dernière observation, il s'agit d'une malade de 53 ans venant consulter pour crises douloureuses gastriques avec important amaigrissement. Un examen radiographique se montra normal. le traitement symptomatique institué fut sans effet. Les crises augmentèrent d'intensité. L'amaigrissement s'accentua; il apparut un melæna. Une nouvelle radiographie montra une ptose et une dilatation gastrique, sans aucun signe de déformation pariétale. Le malade avait maigri de plus de 10 kilos. Son teint était jaune et terreux. L'examen somatique était rigoureusement négatif; foie, rate, ganglions, étaient normaux; nulle tumeur n'était perçue. La malade fait un nouveau melæna. La radiographie de son intestin est négative; on se décide enfin à intervenir malgré le minimum de signes gastriques. Une laparotomie médiane sus-ombilicale montre un estomac très distendu. Une première tumeur à développement intragastrique semble siéger près de l'antre. Sur le bord de la grande courbure, on met en évidence une deuxième zone tumorale nettement séparée de la première par du tissu sain.

Une troisième tumeur siège sur la face postérieure près du cardia; il existe une zone d'adhérences, avec perforation à bord taillés à pic.

On pratique une gastrectomie totale. Les suites opératoires furent des plus simples. Trois semaines après, la formule sanguine était normale. Trois ans après, le malade est en parfaite santé.

L'étude anatomo-pathologique a montré une prolifération cellulaire très intense, faite d'éléments distincts les uns des autres, comportant soit des cellules volumineuses à noyaux irréguliers nucléolés, à limite douteuse, soit des cellules plus petites, arrondies, évoquant la lignée monocytaire; on trouve aussi quelques plasmocytes. L'existence de mitoses est modérée. Ces cellules reposent sur un fin réticulum.

Nous empruntons pour terminer deux observations à la littérature italienne.

Dans *Minerva Chirurgica* du 15 mars 1950, Caucci publie le cas d'une malade de 55 ans qui a été opérée avec le diagnostic de cancer de l'antre.

Depuis plusieurs mois, elle se plaignait de pesanteurs postprandiales, de douleurs abdominales vagues, à prédominance épigastrique cependant. Elle avait maigri de 8 kilos. L'état général était plutôt mauvais.

La radiographie montre un défaut de remplissage de la région pylorique; les parois de la région antrale sont infiltrées, l'évacuation gastrique est retardée.

L'intervention permet de découvrir une tumeur siégeant au niveau de l'antre pylorique, assez bien limitée; on ne note pas de métastases hépatiques. Les adénopathies locales sont rares.

La face endogastrique de cette tumeur a l'aspect d'une plaque de 5 à 6 centimètres, surélevée, à bords taillés à pic, ulcérée en surface, dure, infiltrant la paroi.

L'examen microscopique montre une prolifération cellulaire formée d'éléments polymorphes avec protoplasme clair, de configuration variable, à noyau assez gros, ovoïde, globuleux.

De temps en temps, on trouve des cellules à noyaux monstrueux avec 1 ou 2 nucléoles.

Les suites opératoires ont été bonnes; après huit mois, on ne note aucun trouble gastrique. La malade a repris 8 kilos.

L'auteur donne comme diagnostic : « Réticulo-histiosarcome. »

Il déclare que l'évolution clinique de ces lésions peut être assez bonne, malgré des signes histologiques de malignité, si l'on fait une ablation complète.

Il déclare, avec D'Agata, qu'il convient d'associer la radiothérapie à la chirurgie.

La deuxième observation, nous l'emprunterons à Camboni, dans la *Riforma Medica* (de Naples), du 3 janvier 1953.

L'auteur cite le cas d'un malade de 49 ans, admis à l'hôpital pour hématémèse importante. Le malade est atteint de douleurs épigastriques depuis plusieurs années, douleurs qui sont irrégulières.

La radiographie, quelque temps après l'hématémèse, montra une lacune de la région antrale, une lacune avec des limites nettes.

Cette lacune était ulcérée. On porta le diagnostic de cancer ulcéré de l'estomac. L'état général était cependant fort bon.

On intervint. Le chirurgien procéda à l'énucléation, dans la zone sous-muqueuse de l'antre, d'une masse du volume d'une petite mandarine gris jaunâtre, et qui était ulcérée. La consistance était dure, les parois gastriques n'étaient pas infiltrées.

L'examen histologique montra une masse constituée par des éléments qui, bien que de même type cellulaire, présentaient des dimensions et des formes différentes.

Le noyau était arrondi, le cytoplasme légèrement acidophile, avec des prolongements anastomotiques formant des mailles.

On note une très fine trame de fibrilles réticulaires. Les éléments caryocinétiques sont rares. Çà et là, on trouve quelques éosinophiles et quelques lymphocytes et plasmocytes.

L'auteur porte le diagnostic de réticulo-histiocytome.

Il en fait une forme bénigne, car à l'examen anatomo-pathologique les éléments de malignité sont absents, et lors de l'intervention la masse a été facilement énucléée.

L'auteur déclare qu'il n'existe pas, dans ce type de lésions, une limite nette entre les formes bénignes et malignes. « Les unes

glissent vers les autres sans qu'on puisse émettre une opinion absolue. »

Il fait ensuite remarquer que ces lésions débutent toujours dans la sous-muqueuse et diffusent ensuite vers la couche glandulaire.

Il conclut en affirmant que toutes les tumeurs de l'estomac doivent être opérées quand c'est possible.

Dans ces tumeurs du S.R.H. qui sont « à même d'exploser », car elles font partie des maladies de système, l'intervention permet de stopper la maladie à un stade très localisé.

Voici donc brièvement résumées quelques observations proches de celles que nous rapportons, à l'exception des cas cités par Cazal, où l'atteinte gastrique n'est qu'un symptôme perdu dans une maladie de système.

Dans tous les autres cas, il s'agit de malades opérés avec le diagnostic de cancer gastrique. L'intervention montre parfois un aspect un peu particulier de la tumeur, mais c'est seulement l'examen anatomo-pathologique systématique qui apporte le diagnostic de réticulopathie.

Mais affirmer une réticulopathie, c'est du même coup éliminer un épithélioma atypique, une linite plastique, un schwannome, une syphilis gastrique, ou même une simple réaction inflammatoire banale.

Voici, pour le cas que nous rapportons, quels ont été les éléments de diagnostic :

— Il est bien évident que l'hypothèse *d'un épithélioma très atypique* ne peut pas être soutenue sérieusement devant cet envahissement diffus de la paroi, sans aucun point de départ muqueux évident, devant cet envahissement fait de cellules très variées dans leur forme, sans aucune disposition cavitaire glanduliforme même parcellaire, sans aucune ébauche de caractère sécrétant, et avec, en outre, un réseau de réticuline très important.

— *La linite plastique* elle-même n'a pas cet aspect. Elle contient des cellules sécrétantes muqueuses avec noyaux disposés en châton de bague. Or, ici, les colorations au mucicarmin qui colorent le cytoplasme des cellules épithélioma-teuses de la linite, sont toutes négatives.

— Il n'était pas non plus question d'envisager l'hypothèse d'un *schwannome* malin gastrique infiltrant. Nulle part n'existe l'image en palissade ou en groupes isogéniques des noyaux, qui permettrait d'évoquer une telle lésion.

— *Un processus inflammatoire banal* ne nous semble pas non plus pouvoir être soutenu; en effet, la muqueuse même partiellement abrasée, existe encore. Il n'y a pas d'ulcération *se continuant* par la prolifération cellulaire intrapariétale, et celle-ci comporte dans ses caractères nucléaires des anomalies qui ne sont pas le fait des cellules d'une simple hyperplasie histiocytaire réactionnelle.

— *Quant à la syphilis gastrique*, outre la négativité des critères biologiques, nous ne voyons absolument aucune lésion ressemblant à des nodules gommeux.

Nous savons, en effet, que la syphilis, dans sa localisation tertiaire, prend essentiellement le type d'infiltrations lymphoplasmocytaires autour de petits vaisseaux, atteints eux-mêmes d'endovascularite, le tout évoluant vers la fonte et la sclérose sans oublier la possibilité d'apparition d'éléments épithélioïdes et giganto-cellulaires.

Ainsi, nous sommes en présence de tumeurs gastriques isolées, qui, histologiquement, entrent dans le cadre des réticulopathies.

Les plus fréquentes, les plus connues des réticulopathies gastriques sont : d'une part, les réticulosarcomes et aussi les lymphosarcomes, et, d'autre part, les réticulopathies granulomateuses hodgkiniennes.

Cornil, de Marseille, dans sa thèse, en 1953, y a longuement insisté.

Les cas que nous envisageons ne peuvent guère être rattachés à ces formes de réticulopathies!

Du point de vue anatomo-pathologique, il semble bien qu'on puisse les intégrer, avec quelques restrictions que nous envisagerons plus loin, dans le cadre d'une affection maintenant classique, la réticulose histiomonocytaire, dont nous allons résumer les caractères généraux.

Cazal, dans sa thèse de Montpellier de 1942, a brossé un remarquable tableau de cette maladie.

L'individualité de la R.H.M. apparaît surtout sur le plan anatomo-pathologique, car, du point de vue clinique et évolutif, son polymorphisme est grand.

L'histologie d'ailleurs comporte des termes de passage avec d'autres réticulopathies. Nous les envisagerons chemin faisant.

Si nous nous référons à l'article publié dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* de septembre 1951 par MM. Léger, Meynard et Biraben, nous voyons que cette R.H.M., dans sa forme classique, se caractérise par quatre groupes de faits fondamentaux :

1° *La prolifération cellulaire, que réalisent les lésions de la R.H.M., porte quasi exclusivement sur les éléments du système réticulo-histiocytaire* et apparaît susceptible de se manifester partout où ceux-ci sont présentés.

Sans doute, le processus prolifératif touche les éléments du S.R.H. à des stades différents de leur évolution; cependant, comme ceux-ci sont seuls intéressés, les aspects observés ne réalisent qu'un polymorphisme restreint.

Fait très remarquable, la production de fibrilles collagènes se montre, en général, tout à fait modeste.

2° *S'il existe parfois une simple multiplication des divers éléments du S.R.H., avec conservation de leur aspect original, dans la majorité des cas on observe aussi des cellules de même nature, mais marquées par des irrégularités* de forme, des atypies nucléaires (aspect « grimaçant ») et par un asynchronisme de vieillissement nucléo-protoplasmatique.

Certaines cellules anormales sont dites « caricaturales » parce qu'elles simulent des éléments tout à fait particuliers,

comme les mégacaryocytes, les cellules géantes de Langhans ou les cellules de Sternberg.

3° *L'ensemble des éléments du S.R.H. est intéressé par le processus pathologique avec plus ou moins d'intensité*, de telle sorte que l'on a affaire à une prolifération systématisée, généralisée.

Nombreuses manifestations sont inapparentes ou quiescentes, mais n'en existent pas moins.

4° D'une façon générale, à partir du moment où il est déclenché, *le processus prolifératif de la réticulose histiomonocytaire se montre irréversible* et crée, de ce fait, la malignité dont fait preuve cette affection.

Il n'est pas exceptionnel de constater des régressions locales spontanées. Celles-ci sont toujours transitoires.

Voici donc quatre groupes de caractères fondamentaux de la R.H.M.

Si nous voulons maintenant réaliser une étude anatomopathologique détaillée des lésions rencontrées dans cette affection, il nous paraît nécessaire de donner un aperçu histologique succinct des formations qui peuvent donner naissance à la prolifération de la R.H.M.

Les tissus en cause constituent essentiellement la partie la plus importante du système réticulo-histiocytaire, sa partie fixe, c'est-à-dire le mésenchyme actif qui s'intègre pour une part très importante aux organes hémopoïétiques.

Ces éléments fixes sont les rétothéliums, constitués par des cellules réticulaires, à cytoplasmes pseudo-syncitiaux.

Il existe :

a) *des rétothéliums sanguins*, soit myléoïdes, (dans la moelle hématogène), soit endothélioïdes;

b) *des rétothéliums lymphatiques*.

Ils peuvent être soit des rétothéliums lymphoïdes formant l'armature des ganglions lymphatiques, des follicules de Malpighi de la rate, soit des rétothéliums paralymphoïdes que l'on trouve autour des petits vaisseaux.

Il est aisé de se rendre compte que ces derniers sont de très loin les plus abondants et qu'ils se rencontrent pratiquement partout.

Les rétothéliums myéloïdes et lymphoïdes produisent les éléments figurés du sang.

Les rétothéliums paramyéloïdes et parlymphoïdes ne les produisent qu'exceptionnellement.

Mais tous les rétothéliums peuvent donner des cellules libres, dérivées directement de la cellule réticulaire : histiocytes et monocytes.

Aussi, la R.H.M. pourra prendre deux sortes d'aspect :

— un type réticulaire, ou monomorphe, à cellules fixes;

— le type histiocytaire, ou polymorphe, à cellules mobilisées;

Parfois, on observera un type mixte.

— Si nous examinons l'aspect histologique des lésions *de la R.H.M. de type réticulaire*, nous voyons que nous avons affaire à des nappes de cellules volumineuses, à cytoplasmes jointifs, pseudo-syncitiaux, avec des noyaux arrondis, nucléolés.

Cet aspect n'est pas sans évoquer un épithélioma pavimenteux, ou la tumeur véritable des rétothéliums : le réticulo-sarcome.

Toutefois, les monstruosités cellulaires semblent moins importantes dans la réticulose que dans le sarcome.

On est donc en présence de cellules reproduisant le type de la cellule-souche réticulaire. Il peut exister des plasmodes.

A cette forme peuvent être ajoutés certains cas où existe une importante surcharge cytoplasmique lipidique. Les cellules apparaissent optiquement vides aux techniques habituelles.

— Si nous envisageons maintenant le *type polymorphe*, de beaucoup le plus fréquent, nous voyons qu'il réalise une

hyperplasie des éléments libérés du réticulum sous forme de cellules histiocytaires.

Il existe un certain polymorphisme d'ensemble qui fait qu'à côté d'histiocytes adultes, à noyau quadrangulaire, on peut trouver des éléments, plus jeunes, nucléolés, évoquant l'hémohistioblaste de la moelle osseuse.

On y trouve aussi d'autres éléments plus différenciés, tels que des cellules à noyaux encochés, évoquant les monocytes, puis des plasmocytes.

En outre, s'y rencontrent des éléments anormaux, tels que les cellules dites stenbergoïdes, les cellules à noyau « grimaçant », des cellules géantes pseudo-mégacaryocytaires ou langhansoïdes.

Par son polymorphisme, cette forme rappelle la maladie d'Hodgkin. Mais il y a ici absence de fibrose collagène ou fibrose très réduite, et absence de leucocytes qui sont nécessaires pour réaliser un véritable processus granulomateux.

Nous voyons donc que cette R.H.M., si elle a droit de cité par ses caractères cliniques et surtout anatomo-pathologiques, mérite cependant le nom de « plaque tournante » de l'hématologie, qui lui a été donné par Cazal.

En effet, ses rapports avec les processus tumoraux, réticulo-sarcomateux, ont été mis en évidence lors de la description de la forme monomorphe.

Ses rapports avec la maladie d'Hodgkin sont non moins évidents dans la forme histiocytaire polymorphe. L'on a pu même noter sur certaines coupes des aspects de passage avec apparition de fibrose et de polynucléose!

Il n'est pas jusqu'aux réticuloses de surcharge qui ne puissent être évoquées devant l'aspect de certaines images de surcharge lipidique, surtout visibles dans certaines formes réticulaires monomorphes.

Voici, sommairement rappelé, le tableau anatomo-pathologique de la réticulose histiomonocytaire dont les limites sont assez difficiles à préciser, nous y avons insisté; c'est une maladie de système, qui peut prendre, sur le plan clinique, des allures très variés, mais dont l'évolution est habituellement inexorable.

Nous devons essayer de voir si les cas que nous avons envisagés peuvent entrer dans ce cadre.

— *Du point de vue clinique*, il est manifeste que nous n'avons pas du tout l'impression de nous trouver devant une affection systématisée, sauf pour les cas empruntés à la thèse de Cazal, qui sont d'ailleurs assez loin de celui que nous rapportons. Nous sommes en présence de lésions gastriques absolument *isolées*.

— *Du point de vue évolutif*, le pronostic régulièrement fatal des R.H.M. ne nous apparaît pas non plus, ici, comme inéluctable.

Nous avons mentionné des cas de survie très prolongée après la gastrectomie.

Le malade qui fait l'objet de notre rapport, cinq mois après l'intervention, va de mieux en mieux. Aucune manifestation cutanée, ganglionnaire, splénique ou sanguine de la réticulose n'est décelable.

— Par contre, *du point de vue anatomo-pathologique*, et ceci aussi bien dans les cas qui ont tourné court que dans ceux qui se sont accompagnés de survie prolongée, les descriptions paraissent plus ou moins superposables à celles des formes classiques de la R.H.M.

Une ou deux observations, dont celle de Dubost, par l'aspect monomorphe des lésions, se rapprochent des formes réticulaires ou monomorphes.

La grande majorité des cas cependant, et en particulier notre observation, par leur polymorphisme cellulaire, se rapprochent des formes histiocytaires ou polymorphes de la R.H.M.

Enfin, il est un point que le moment est venu d'éclaircir. Dans quelques-unes de ces observations, dont celle de Joyeux, Guibert et Pedoussant, et celle de Camboni, on prononce le nom d'histiocytome, du fait de la bénignité apparente de cette hyperplasie réticulo-histiocytaire.

Pouvons-nous nous croire autorisés à qualifier du nom d'histiocytomes des lésions de ce type ?

Etant donné la terminologie française, nous ne le croyons pas.

En effet, en France, on a coutume d'accorder le nom d'histiocytomes à des tumeurs de localisation cutanée, intradermiques, formées d'histiocytes très différenciés, souvent tassés en volutes et devenant fusiformes, sans plasmocyte ou monocyte.

Par conséquent, si l'on considère l'aspect histologique des lésions, l'évolution de certains cas, nous pensons qu'il serait légitime de parler de formes viscérales gastriques, isolées, de réticulose histiomonocytaire, en n'ignorant pas les discussions diagnostiques qui peuvent être soulevées.

Dans quelques-unes de ces observations, dont celle de formes gastriques *isolées*, qui ont tourné court après l'intervention. Ces faits sont rares, certes, mais ils existent. Or, la maladie d'Hogdkin, tout comme la R.H.M., est une maladie de système d'évolution maligne !

Et l'on pourrait concevoir de telles lésions gastriques, pouvant évoluer vers la guérison après gastrectomie, comme des formes limitées d'une maladie de système, qu'une extirpation suffisamment précoce pourrait « saisir » avant la généralisation.

Cela nous semblerait être une interprétation assez simple des faits.

Mais si, toutefois, on veut conserver au terme de R.H.M.

la signification que lui attribuait Cazal, c'est-à-dire maladie de système fébrile, à localisations variables mais multiples, d'évolution rapide, il faut trouver une autre appellation aux cas que nous venons de rapporter.

Nous qualifierons ces lésions de *réticulo-histiocytoses*.

Et avec Cornil, nous dirons que les réticulo-histiocytoses peuvent être :

1° soit généralisées, c'est-à-dire constituer la classique R.H.M., dans laquelle l'atteinte gastrique est très rare et ne constitue qu'un symptôme;

2° soit localisées uniquement à un viscère, c'est le cas de nos réticulo-histiocytoses gastriques.

Le potentiel évolutif de ces formes localisées est d'interprétation fort délicate.

Certaines sont bénignes; d'autres, malignes; mais il est fort délicat de se hasarder à un pronostic. Certaines lésions, cytologiquement malignes ont assuré des survies prolongées.

Certaines formes apparemment bénignes, qualifiées improprement d'histiocytomes, peuvent flamber brutalement si on n'intervient pas, et devenir des formes généralisées.

En conséquence, on a grand intérêt à les opérer.

*
* *

Ainsi conçues, ces réticulo-histiocytoses constituent cette plaque tournante dont on a parlé.

Elles forment un trait d'union entre des maladies de système et les tumeurs vraies du S.R.H., c'est-à-dire les réticulo-sarcomes.

Il est inutile de rappeler les formes de passage :

— entre la R.H.M. et la maladie d'Hodgkin;

— entre certaines formes monomorphes de réticulo-histiocytose locale et les réticulo-sarcomes.

Certains cas limites posent des difficultés de diagnostic insolubles.

Certaines formes avec surcharge lipidique posent aussi parfois le problème des réticuloses de surcharge.

*
* *

Le diagnostic de ces réticulo-histiocytoses gastriques ne peut être qu'histologique. A ce type de lésions, en effet, ne correspondent pas de signes cliniques ou radiologiques propres.

Presque tous les malades que nous citons ont été opérés avec le diagnostic de cancer de l'estomac.

Dans quelques cas cependant, l'attention aurait pu être éveillée par certaines particularités.

Citons le malade de Camboni :

On avait porté le diagnostic de cancer ulcéré. C'était pourtant un malade floride. Or, la tumeur évoluait depuis très longtemps, à en juger par la date des premiers troubles dyspeptiques et des premières douleurs. Il y avait une lacune à la radiographie, avec une petite niche, mais elle avait des contours très nets. Immédiatement, autour de la tumeur, la muqueuse était normale; elle se contractait bien. Il n'y avait aucune zone de rigidité.

Mais c'est l'exception, et pour faire le diagnostic, il faut donc opérer et faire une étude anatomo-pathologique de la pièce. Dans la majorité des cas, l'aspect macroscopique de la lésion n'a rien de pathognomonique.

Parfois, cependant, le chirurgien est attiré par l'aspect un peu particulier de la tumeur, lorsque celle-ci est dure, grisâtre, en plateau à bords taillés à pic, limitée, sans beaucoup d'adhérences, sans beaucoup d'adénopathies. C'était le cas pour le malade qui fait l'objet de notre observation; souvent d'ailleurs, la tumeur évoque un épithélioma banal.

Et même, quand elle prend le type ci-dessus, il peut s'agir aussi bien d'un processus inflammatoire réactionnel, d'une syphilis ou d'un réticulo-sarcome.

Donc, actuellement, seul, l'examen anatomo-pathologique

systématique permet de faire le diagnostic de ce type de lésion.

*
* *

Quant au pronostic de ces réticulo-histiocytoses isolées de l'estomac, nous avons déjà dit combien il était difficile à formuler. Sur les quelques observations que nous citons, il n'apparaît cependant pas mauvais :

— 1 seule mort rapide;
— 3 survies au-delà de cinq ans;
— tous les autres malades étaient en bonne voie plusieurs mois après la gastrectomie.

Il est bien difficile de se faire une opinion sur un aussi petit nombre de cas.

Mais il est en tout cas certain que l'avenir du malade est bien moins sombre que pour l'épithélioma, le réticulo-sarcome, ou même la lymphogranulomatose maligne.

Et ceci, dans l'état actuel de nos possibilités thérapeutiques, n'est pas sans importance.

C'est une raison de plus, à notre avis, d'opérer une tumeur de l'estomac lorsque l'état du malade le permet encore.

Que penser, en effet, du malade cité par les professeurs Poinso et Dor, qui avait une énorme tumeur bourgeonnante, avec des adhérences au foie et au côlon, chez qui la gastrectomie a été infiniment laborieuse et qui, sept ans après, vivait encore ?

Il est permis de se demander, si dans les statistiques de gastrectomies pour cancer avec issue favorable, on n'a pas laissé passer, faute d'examen anatomo-pathologique systématique, quelques cas de réticulo-histiocytose.

CONCLUSIONS

En conclusion, nous venons de présenter l'observation d'un malade qui a été opéré avec le diagnostic de cancer de l'estomac.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce a montré qu'il s'agissait, en fait, d'une réticulopathie, et que cette réticulopathie était du type histiomonocytaire polymorphe.

Nous pensons pouvoir faire entrer ce type de lésion dans le cadre des réticulo-histiocytoses, dont il existe deux variétés :

— les formes généralisées ou R.H.M. ;
— les formes localisées.

Ces réticulo-histiocytoses gastriques isolées sont rares.

Nous en citons quelques cas, relevés dans la littérature. Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut dire que seul un examen anatomo-pathologique systématique des pièces opératoires permet de les découvrir, car elles n'ont pas de signes cliniques ou radiologiques propres.

Leur pronostic n'apparaît pas tellement mauvais, par rapport à l'épithélioma, aux réticulosarcomes, à la lymphogranulomatose maligne, et ceci même lorsque les lésions sont étendues.

Mais ces lésions localisées doivent être enlevées avant toute « explosion » possible dans les divers points du S.H.R.

Et comme il est actuellement impossible d'en faire le diagnostic avant l'intervention, on ne peut donner à ces malades une chance, si minime soit-elle, qu'en opérant le plus possible les tumeurs de l'estomac.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

E. AUBERTIN.

Vu : *Le Doyen,*

R. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 1er décembre 1955.

Le Recteur de l'Académie,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Camboni (M.). — Considérations sur un cas de réticulo-histiocytome bénin. *La Riforma Médica*, Naples, 3 janv. 1953.

Caucci. — Réticulo-histiocytosarcome gastrique. *Minerva Chirurgica*, Turin, mars 1950, 217-220.

Cazals (P.). — Thèse Montpellier, 1942.

Cornil (J.-M.). — Etude nosologique des réticulopathies gastriques. Thèse Marseille, 1953.

D'Agata. — Néoplasie réticulo-histiocitari a sede gastrica. *Sett. Med.*, 1947, 35, 11.19.

Delarue et Kerneis. — Réticulome bénin de l'estomac. *Soc. anat. Paris*, 7 févr. 1947, 37-43.

Dubost. — Un cas de R.H.M. tumorale, à localisation gastrique *Presse médicale*, 23 juin 1948, 456.

Elliot et Willson. — Tumeurs mésemchymateuses de l'estomac. *Arch. of. Int. Médecine*, Chicago, mars 1952, 358-367.

Guedj (P.), Laffargue (P.)., Tablot et Quisefit. — Tumeur histiocytaire maligne de l'estomac. *Bull. algérien de carcinologie*, 1953 (2e trimestre), 192-194.

Joyeux (R.), Guibert et Pedoussant. — Un cas de R.H.M. tumorale de l'estomac. *Sem. des hôpitaux*, 22 févr. 1949.

Menezes (H.). — Réticulome bénin de l'estomac. *Rev. Brasil. de Med.*, 6 juin 1951.

Monges, Castant, Payan, Carcassone. — Sur un cas de néoformation gastrique, à point de départ réticulo-histiocytaire. *Soc. de gastro-entérol. du Littoral méditérran.*, 7-8 mars 1953, ou *Arch. mal. app. disgest.*, 1953, t. I, 712-714.

Monsaingeon et Laumonnier. — Sur 3 cas de localisation gastrique primitive de réticuloses malignes. *Arch. mal. app. digest.*, 1951, 40, 1333-1340.

Moro et Torrelli. — Diagnostic clinique et anatomique des réticuloses gastriques. *Arch. de Vecch.*, 1942, 4, 515, 557.

Palmer et Martin. — The common bénigh meseuchymal Tumors of the stomach. *Canad. Méd. Assoc. Journ.*, Montréal, 1953.

Rauber. — Tumeurs réticulaires de l'estomac. Thèse Nancy, 1951.

Dépôt légal effectué en 1955 (4e trimestre).

24424. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192. — 1955.